

SUSANA PAULINA CORREIA ANASTÁCIO

AVALIAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA OBSESSIVO-COMPULSIVA

Desenvolvimento da versão reduzida do
Inventário Obsessivo de Coimbra



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

**Dissertação de Mestrado em Psicologia
Clínica**

Área de Especialização em Terapias Cognitivo -
Comportamentais

COIMBRA, 2017



Avaliação da sintomatologia obsessivo-compulsiva
Desenvolvimento da versão reduzida do Inventário Obsessivo de Coimbra

SUSANA PAULINA CORREIA ANASTÁCIO

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
Clínica

Orientadora: Professora Doutora Ana Galhardo

Coimbra, julho de 2017

Agradecimentos

Concluído este trabalho académico, finalizo uma etapa da minha vida que, apesar do trabalho árduo, foi vivenciada de forma muito prazerosa. Como uma criança que timidamente começa a dar os primeiros passos, mas com a certeza do caminho a fazer, foi assim que iniciei, há precisamente cinco anos atrás, com a minha matrícula no Curso de Psicologia.

Neste momento urge em mim a necessidade de manifestar a minha imensa gratidão:

À Professora Doutora Ana Galhardo, minha professora de curso e orientadora de tese, pela transmissão de múltiplos saberes, pelo apoio e pela pronta disponibilidade manifestada.

A todos os professores do Instituto Superior Miguel Torga, com os quais me cruzei, agradeço o meu crescimento na Psicologia. Um abraço à Professora Margarida Pocinho cujos ensinamentos em estatística e psicometria me foram de grande utilidade na realização deste trabalho.

À Diana Santos, companheira de jornada, sem ti este trabalho teria sido muito mais penoso!

Ao Coordenador da USF Coimbra Norte, Dr. António Alegre, por me encorajar e por compreender as minhas ausências.

Às minhas colegas Graça Borges e Manuela Monteiro por “segurarem as pontas”.

A uma Força superior que me transcende e que tantas vezes me pegou ao colo.

A todos os meus familiares e amigos que de alguma forma sempre estiveram ao meu lado.

Aos meus pais, por tudo...

Ao meu mano, Milton, por muito também! À Cidália e ao meu afilhado Martim, um xi!

Ao Celso, um abraço de reconhecimento pelas vivências partilhadas.

Por fim, às duas pessoas responsáveis pela minha entrada no mundo da Psicologia:

Ao José Amsellem, por me inspirar, pelo apoio incondicional e por vislumbrar em mim capacidades que eu não conseguia ainda alcançar!

Ao meu filho Daniel. Tudo começou porque teimaste muito em chegar. Mal eu sabia que ao fazeres-me esperar me conduziás a um caminho que me levaria ao encontro de mim própria e depois de encontro ao Mundo. E, por fim, germinaste em mim!

Mas, no amanhecer desta aventura, estiveste tu, querida Madalena!

Resumo

O Inventário Obsessivo de Coimbra (Galhardo & Pinto-Gouveia, 2008) é um instrumento de autorresposta, constituído por duas escalas de 50 itens cada, que avaliam a frequência e o grau de perturbação emocional de sintomas obsessivo-compulsivos. Atendendo a tratar-se de um instrumento longo, considerou-se pertinente a criação de uma versão reduzida, pelo que o presente estudo incidiu precisamente sobre o desenvolvimento do Inventário Obsessivo de Coimbra, versão reduzida (IOC-R), estudo da sua estrutura fatorial e características psicométricas. Num primeiro momento, recorrendo à amostra do estudo original, o desenvolvimento do OCI-R incluiu a análise inerente à manutenção de apenas uma das escalas, tendo sido mantida a escala de perturbação emocional e eliminada a escala de frequência dos sintomas. De seguida procedeu-se à eliminação de itens em função de valores de correlação item-total inferiores a .40, valor da consistência interna da escala se removido o item e análise de componentes principais. Em função destes critérios foi alcançada uma versão do IOC-R composta por 19 itens, repartidos por cinco subescalas “Contaminação/Lavagem”, “Indecisão/Lentidão”, “Verificação repetida/Acumulação”, “Conteúdos imorais” e “Pensamento mágico”. Numa segunda fase, tendo por base uma amostra de 338 sujeitos da população geral, realizou-se a análise fatorial confirmatória do modelo pentafatorial do IOC-R, tendo-se concluído que este modelo apresenta uma boa qualidade de ajustamento. Relativamente à análise da sua consistência interna, através do cálculo de alfa de Cronbach e da fiabilidade compósita, esta revelou-se excelente. A fidedignidade teste-reteste num período de seis semanas, avaliada numa subamostra de 23 indivíduos, foi indicativa de uma estabilidade temporal adequada. De referir ainda que o IOC-R revelou uma correlação forte com o Inventário de Padua, que também avalia a sintomatologia obsessivo-compulsiva, e correlações moderadas com as Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress*. Como tal, o IOC-R apresenta-se como um instrumento de autorresposta válido e fidedigno, de administração rápida, podendo ser utilizado quer em contextos clínicos quer de investigação.

Palavras-chave: Inventário Obsessivo de Coimbra, versão reduzida, sintomas obsessivo-compulsivos, estrutura fatorial, propriedades psicométricas

Abstract

The Coimbra Obsessive Inventory (IOC; Galhardo & Pinto-Gouveia, 2008) is a self-report instrument encompassing two 50-items scales aimed to assess obsessive-compulsive symptoms frequency and emotional disturbance/discomfort. Being a long instrument, the development of a reduced version was considered relevant. Thus, the current study aimed to develop a reduced version of the Obsessive Inventory of Coimbra, (IOC-R), and explore its factor structure and psychometric characteristics. Initially, using the sample from the original study, the development of the IOC-R included the analysis of the maintenance of one of the scales. The emotional disturbance/discomfort scale was maintained and the symptoms frequency scale was removed. Based on item-total correlations lower than .40, internal consistency if item deleted and principal component analysis more items were removed. According to these criteria, the IOC-R included 19 items, distributed by five subscales: "Contamination/Washing", "Indecision/Slowness", "Repeated checking/Hoarding", "Immoral content" and "Magical thinking ". In a second phase, confirmatory factorial analysis of the pentafactorial model of the IOC-R was conducted using a sample of 338 individuals from the general population. Fit indexes showed that the model presented a good fit to the data. Analysis of IOC-R internal consistency, using the Cronbach's alpha and the composite reliability, proved to be excellent. Test-retest reliability over a 6-week period in a sub-sample of 23 subjects was indicative of adequate temporal stability. Furthermore, the IOC-R revealed a strong correlation with the Padua Inventory, which also assesses obsessive-compulsive symptoms, and moderate correlations with the Anxiety, Depression and Stress Scales. To sum, the IOC-R may be a valid and reliable self-report instrument, easy to use, both in clinical and research contexts.

Key-words: Coimbra Obsessive Inventory, short version, obsessive-compulsive symptoms, factor structure, psychometric properties

O supersticioso ¹

A superstição é simplesmente o temor do sobrenatural. Eis o perfil do supersticioso. É um sujeito que lava as mãos em três fontes, encharca-se em água benta, mete uma folha de louro na boca e assim fica preparado para começar o dia. Se um gato lhe atravessa o caminho, ele dá mais um passo antes que alguém por ali passe, ou sem atirar três pedras pela rua fora. Encontra uma cobra em casa: é das vermelhas, faz um sacrifício a Sabázio, se é sagrada, ali mesmo constrói sem demora um templo em honra dos heróis. Se passa junto de uma daquelas pedras untadas que se encontram nos cruzamentos, derrama sobre elas azeite do lécito e, joelhos em terra, dobra-se em adoração antes de seguir caminho. Quando um dos seus sacos de farinha aparece roído pelos ratos, vai ter com um exegeta para perguntar o que há-de fazer; se este responder que se entregue o saco a um curtidor para lhe pôr um remendo, ele fica-se nas tintas para o conselho; desanda dali e vai fazer um sacrifício apotropaico. É fulano para benzer e tornar a benzer a casa onde vive, com o pretexto de que está assombrada por Hécate. Se as corujas... pelo caminho, fica perturbado e só passa adiante depois de dizer: “Atena toda poderosa!”. Não pisa um túmulo, nem se aproxima de um cadáver, nem de uma mulher de parto, para evitar qualquer contaminação, como ele diz. Nos dias quatro e sete de cada mês, manda a criadagem preparar um vinho quente e sai a comprar mirtos, incenso, bolos sagrados; de volta a casa, passa o dia inteiro a coroar os Hermafroditas. Se tem um sonho, vai procurar intérpretes, adivinhos, áugures, para lhes perguntar que deus ou deusa deve invocar. Todos os meses, para receber os sacramentos, dirige-se aos sacerdotes órficos, com a mulher (se ela não estiver disponível, com a ama) e os filhos. É daquele tipo de pessoas que se encharca cuidadosamente em água do mar. Topa com um desses fulanos que estão nas encruzilhadas coroados de alho; enfia-se em casa a escafunar-se da cabeça aos pés, manda chamar sacerdotisas e dá-lhes ordem para o purificarem com cebola ou um cachorro. Se vê um doido ou um epilético, arrepia-se todo e cospe para o peito.

¹ Texto satírico da obra *Caracteres* de Teofrasto (Séc. IV a. C.), traduzida e comentada por Maria de Fátima Sousa e Silva (Teofrasto, 2014).

1. Introdução

Ao longo dos tempos e nos mais diversos contextos socioculturais, várias obras literárias fazem referência a comportamentos obsessivo-compulsivos, independentemente do seu cariz patológico ou não, os quais vulgarmente apelidamos de manias, superstições ou obsessões. Na Antiguidade Clássica, *deisidaimonia* (δεισιδαιμονία) era o termo empregue na alusão a este tipo de comportamentos. Etimologicamente, *deisidaimonia* traduzia positivamente a ideia de reverência e respeito devido aos deuses, contudo, posteriormente, pela mão do filósofo grego Teofrasto (século IV a. C.), com a obra satírica *Caracteres*, adquire uma conotação depreciativa “temor supersticioso dos deuses” ou “covardia face ao divino” (Roberts, 2007). Em *Caracteres*, Teofrasto descreve, em jeito de caricatura, “O supersticioso” (δεισιδαίμων), aquele que apresenta um zelo exagerado para com os deuses, traduzido em constantes rituais de adoração e purificação, mesmo em situações mais corriqueiras “*Quando um dos seus sacos de farinha aparece roído pelos ratos, vai ter com um exegeta para perguntar o que há-de fazer; se este responder que se entregue o saco a um curtidor para lhe pôr um remendo, ele fica-se nas tintas para o conselho; desanda dali e vai fazer um sacrifício apotropaico*” (Teofrasto, 2014, pp. 86–87).

No início do século II d. C, a palavra grega *daimon* (δαίμόνιον) elencada no Novo Testamento, associada ao contexto monoteísta judaico-cristão, adquire o significado de “espírito maligno” (Trimpi, 1973). A crença da doença mental enquanto produto de intervenção maléfica das divindades, já patente na obra de Teofrasto, “*Se vê um doido ou um epiléptico, arrepiam-se todo e cospe para o peito*” (Teofrasto, 2014, p. 88), adquire proporções desmesuradas na Idade Média (século V – XV). Durante esta época, as obsessões são tidas como resultado de uma possessão demoníaca, na qual, apesar de involuntárias e incontroláveis, não há perda de juízo crítico. Atentemos na descrição do caso de um padre apresentado na obra *Malleus Maleficarum Maleficat* (Kramer e Sprenger, 1487), que acreditava estar possuído pelo demónio, todavia afirma: “*I am only deprived of the use of my reason when I wish to contemplate holy things or to visit sacred places*”(Kramer e Sprenger, 1487, p. 268). Deste modo, ao passar junto a uma igreja e genufletindo diante da Virgem Maria, “*the devil made him thrust his tongue far out of his mouth; and when he was asked whether he could not restrain himself from doing this, he answered: “I cannot help myself at all, for so he uses all my limbs and organs, my neck, my tongue, and my lungs, whenever he pleases, causing me to speak or to cry out; and I hear the words as if they were spoken by myself, but I am altogether unable to restrain them; and when*

I try to engage in prayer he attacks me more violently, thrusting out my tongue” (Kramer e Sprenger, 1487, p. 269).

É apenas no século XIX que os fenómenos obsessivos começam a ser conceptualizados pelo campo da Psiquiatria, sendo abandonadas as explicações teológicas (Mota, Silva, Gonçalves e Macedo, 2016). Enquanto entidade nosológica, a perturbação obsessivo-compulsiva (POC) tem sofrido algumas alterações, tanto no que respeita aos critérios de diagnóstico quanto aos dados epidemiológicos. Deste modo, no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), relativamente à frequência na população, é enunciado que a POC “*is apparently rare in the general population*” (p. 234). Porém, os resultados do estudo levado a cabo por Marvin Karno e colaboradores (1988) apontam para dados estatísticos diferentes. Esta investigação que teve por base cinco comunidades dos Estados Unidos da América, com 18500 participantes, apresenta taxas de prevalência ao longo da vida que variam entre 1,9% - 3,3%, representando valores de 25 a 60 vezes maiores daqueles estimados por estudos previamente apresentados. Estudos posteriores, realizados em vários continentes, têm corroborado os resultados apresentados, apontando para uma prevalência na população em geral, ao longo da vida, entre 2,3% e 3,5% (Fineberg et al., 2013; Ruscio et al., 2010; Subramaniam, Abidin, Vaingankar e Chong, 2012).

Esta patologia tem um início precoce, durante a adolescência ou no início da idade adulta (American Psychiatric Association, 2014; Fineberg et al., 2013; Ruscio et al., 2010; Subramaniam et al., 2012). Em idade adulta, as taxas de prevalência apresentam-se ligeiramente superiores em indivíduos do sexo feminino (American Psychiatric Association, 2014), porém os indivíduos do sexo masculino apresentam um início dos sintomas mais precoce comparativamente com o sexo feminino (American Psychiatric Association, 2014; Fineberg et al., 2013; Karno et al., 1988; Ruscio et al., 2010; Subramaniam et al., 2012). Alguns estudos referem que a população mais jovem e o estado civil (divorciado ou separado) estão significativamente associados à POC (Karno et al., 1988; Subramaniam et al., 2012). Quando não tratada, segue um curso crónico e apresenta comorbilidade significativa maioritariamente com perturbações de ansiedade e perturbações do humor, nomeadamente a perturbação depressiva *major* (American Psychiatric Association, 2014; Fullana et al., 2010; Ruscio et al., 2010; Subramaniam et al., 2012), mas também com perturbações relacionados com o controlo dos impulsos e com o uso de substâncias (Ruscio et al., 2010). A POC parece estar significativamente associada com o risco de suicídio (Angelakis, Gooding, Tarrier e Panagioti, 2015), no decorrer das suas vidas, 32% a 64% dos indivíduos apresentam ideação suicida (American Psychiatric Association, 2014; Angelakis et al., 2015) e, em média, cerca de 13%

levam a cabo tentativas de suicídio (American Psychiatric Association, 2014; Angelakis et al., 2015; Dell 'Osso et al., 2017). De sublinhar que a proporção de indivíduos que recorrem a tratamento é de apenas cerca de 10% (Subramaniam et al., 2012). Apesar de comparativamente com outras patologias do foro mental, a POC apresentar uma taxa de prevalência relativamente baixa, é considerada a 10^a causa de incapacidade médica em todo o mundo, particularmente nos países industrializados (Murray e Lopez, 1996). Para além de assumir um carácter particularmente debilitante, gera elevados níveis de sofrimento e interfere de forma profunda na qualidade de vida destes doentes, nomeadamente através de um comprometimento social e ocupacional (American Psychiatric Association, 2014; Fineberg et al., 2013; Ruscio et al., 2010, p. 57; Subramaniam et al., 2012), afetando, deste modo, diversas áreas de vida como, por exemplo, a capacidade para o trabalho e para o desempenho de atividades diárias, o relacionamento interpessoal e a capacidade de usufruir de atividades de lazer (Eisen et al., 2006).

De acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), a POC caracteriza-se pela presença de obsessões e compulsões - no quadro clínico podem coexistir os dois fenómenos (mais frequentemente) ou apenas uma das condições -, com as quais há uma grande dispêndio de tempo, por exemplo, mais de 1 hora por dia, ou que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice em áreas importantes do funcionamento do doente. As obsessões podem traduzir-se em pensamentos, imagens ou impulsos, que de forma recorrente, indesejada, involuntária e incontrolável geram elevados níveis de ansiedade. O doente reconhece que estes fenómenos são um produto da sua mente, independentemente de os perceber como irracionais ou inteiramente verdadeiros, e, apesar de tentar resistir-lhes e livra-se deles, eles impõem-se (American Psychiatric Association, 2014; Silva e Rachman, 2004). Estes pensamentos, imagens ou impulsos frequentemente geram sentimentos de preocupação e/ou repugnância e podem adquirir uma conotação blasfema, obscena ou de cariz absurdo (Silva e Rachman, 2004). Por sua vez as compulsões manifestam-se através de comportamentos repetitivos ou ritualizados como por exemplo, tocar em determinado objeto um determinado número de vezes ou lavar as mãos durante determinado tempo para se livrar de germes, ou através de atos mentais (atos encobertos) como, por exemplo, contar ou repetir palavras silenciosamente. Geralmente estes comportamentos estão intimamente relacionados com as obsessões, atuando como uma resposta ao mal-estar e à ansiedade gerada, a fim de reduzi-los e no sentido de evitar um acontecimento temido. Contudo, estas compulsões não estão conectadas de forma lógica ou realista àqueles acontecimentos (por exemplo, acender e apagar uma luz um determinado número de vezes para evitar danos a um ente querido) ou podem ser notoriamente excessivas

(por exemplo, conferir um documento uma dúzia de vezes). Apesar do desejo de resistir, há uma forte compulsão para o comportamento, sendo que a pessoa pode ou não reconhecer a sua insensatez ou irracionalidade. Importa sublinhar que, apesar de poder proporcionar um alívio temporário da ansiedade, as compulsões não são levadas a cabo por prazer (American Psychiatric Association, 2014; Silva e Rachman, 2004).

A POC reúne um conjunto de sintomas obsessivo-compulsivos muito heterogéneo, tendo existido por parte da comunidade científica um trabalho de os agrupar em dimensões. Na década de 70, Akhtar e colaboradores (1975), levaram a cabo um estudo no sentido de sistematizar aqueles conteúdos e identificaram cinco dimensões: (1) sujidade e contaminação – excreções humanas ou não, sujidade, poeira, sémen, sangue menstrual, outras excreções corporais, germes, doença, etc., (2) agressão – agressão física ou verbal sobre si mesmo ou outros, acidentes, imprevistos, guerras, calamidades naturais e morte, (3) inanimado-impessoal – figuras geométricas e contas, fechaduras, ferrolhos e outros dispositivos de segurança, preocupações com ordenações, etc., (4) sexo – impulsos sexuais sobre si ou sobre outros, genitais, desempenho sexual, etc., (5) religião – existência de Deus, validade de história mitológicas, práticas religiosas e festivas, atitudes perante certas divindades, etc. Foram, ainda, apurados outros conteúdos aleatórios, os quais não se enquadravam em nenhuma das categorias descritas relacionados, por exemplo, com anatomia humana, fatos históricos, êxitos musicais, etc.

Um estudo de meta-análise (Bloch, Landeros-Weisenberger, Rosario, Pittenger e Leckman, 2008) indica a configuração dos sintomas obsessivo-compulsivos em quatro grandes categorias: (1) simetria – simetria e ordenação, repetição e contagem, (2) pensamentos proibidos – de índole agressiva, sexual e religiosa, (3) limpeza – contaminação e compulsões de limpeza, e (4) acumulação – obsessão e compulsão por guardar ou acumular coisas. Esta categorização está em consonância com as dimensões enunciadas no DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014; Mataix-Cols, Pertusa e Leckman, 2007).

No âmbito deste quadro clínico, o interesse pela avaliação da sintomatologia obsessivo-compulsiva conduziu ao desenvolvimento de diversos instrumentos que possibilitam mediar a frequência, duração ou perturbação emocional associada a este tipo de sintomas, sendo muitos deles de autorresposta. Assim, internacionalmente existem vários instrumentos de autorresposta que avaliam a natureza (conteúdo) e a severidade dos sintomas típicos da POC. De seguida enunciamos alguns desses instrumentos, privilegiando aqueles que são mais comumente usados e que apresentam melhores propriedades psicométricas quer quanto à sua

validade quer quanto à sua fidelidade (Benito e Storch, 2011; Menchon, 2012; Overduin e Furnham, 2012).

Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale – Self Report (Y–BOCS–SR) (Baer, 1991): existem várias versões desta escala (Baer, 1991; Rosario-Campos et al., 2006; Summerfeldt, Richter, Antony e Swinson, 1999), a mais reduzida e mais frequentemente administrada foi desenvolvida por Lee Baer (Wu, Watson e Clark, 2007). Contém 58 itens, avalia 15 categorias de sintomas (agressividade, sexualidade, religião, somatização, simetria, contaminação, obsessões de acumulação, ordenação, organização, contagem, repetição, limpeza, compulsões de acumulação e outras duas categorias, que integram sintomas diversos (Wu et al., 2007) – tal como a versão original, em formato de entrevista semiestruturada (Goodman et al., 1989). No seu preenchimento é utilizada uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos, em que “0 – Nenhum” até “4 – Extremo”. A Y–BOCS–SR apresenta, de uma forma global, uma boa consistência interna ($\alpha = .80$ ou superior) (Federici et al., 2010; Steketee, Frost e Bogart, 1996; Wu et al., 2007).

Obsessive–Compulsive Inventory – Revised (Foa et al., 2002) – este inventário surge como uma versão reduzida do instrumento original (Foa, Kozak, Salkovskis, Coles e Amir, 1998), é constituído por 18 itens, que avaliam seis dimensões (lavagem, verificação, ordem, pensamentos obsessivos, acumulação e neutralização mental), cada uma constituída por três itens, com um formato de resposta tipo *Likert*, que permite avaliar o grau de perturbação do sintoma entre 0 – “Nada” e 4 – “Extremamente”. A OCI–R apresenta, em vários estudos, uma consistência interna que varia entre boa a muito boa ($\alpha \geq .85$) (Foa et al., 2002; Fullana et al., 2005; Hajcak, Huppert, Simons e Foa, 2004; Mojsa-Kaja, Golonka e Gawłowska, 2016).

Padua Inventory – Palatine Revision (Gonner, Ecker e Leonhart, 2010a) – o Inventário de Padua (Sanavio, 1988), assim como as suas versões revistas (Burns, Keortge, Formea e Sternberger, 1996; Van Oppen, Hoekstra e Emmelkamp, 1995), são dos instrumentos de autorresposta de avaliação dos sintomas da POC mais amplamente usados tanto em contexto clínico, como na investigação (Gonner et al., 2010a). A versão reduzida mais recente – PI-PR – apresenta melhores características psicométricas relativamente às duas versões anteriores (Gonner et al., 2010a) e é constituída por 24 itens que avaliam seis categorias de sintomas (contaminação e lavagem, verificação, números, vestir e arranjo pessoal, ruminação e obsessões e impulsos agressivos). As respostas são registadas em formato *Likert*, permitindo avaliar a gravidade dos sintomas entre 0 – “Nenhum” e 4 – “Muitíssimo”. A consistência interna da PI-PR varia de boa a muito boa ($\alpha \geq .87$) (Gonner et al., 2010a).

Vancouver Obsessional Compulsive Inventory – Revised (Gonner, Ecker, Leonhart e Limbacher, 2010b) – o VOCI (Thordarson et al., 2004) surge da necessidade de melhorar e alargar o âmbito de atuação do *Maudsely Obsessional-Compulsive Inventory* (Hodgson e Rachman, 1977) – uma escala de resposta dicotómica, que apesar amplamente utilizada, foi criticada por apresentar subescalas redundantes e por apresentar limitações na cobertura dos fenómenos obsessivo-compulsivos como, por exemplo, questões relacionadas com ordem e simetria (Gonner et al., 2010b; Overduin e Furnham, 2012). Em 2010, surge a versão revista do VOCI, o VOCI-R (Gonner et al., 2010b). Desta versão fazem parte 30 itens que permitem avaliar cinco dimensões (contaminação, verificação, acumulação, simetria/ordem e obsessões - conteúdos imorais e agressivos). As respostas são anotadas numa escala tipo Likert de cinco pontos, que varia entre 0 – “Nunca” e 4 – “Muitas vezes”. A consistência interna do VOCI-R é muito boa ($\alpha = .90$) (Gonner et al., 2010b).

Em Portugal, em 2001, Galhardo e Pinto-Gouveia (Galhardo e Pinto-Gouveia, 2008) desenvolveram um instrumento de autorresposta que avalia a frequência e o grau de perturbação emocional da sintomatologia associada à POC – o Inventário Obsessivo de Coimbra (IOC). O IOC é constituído por duas escalas (frequência e perturbação emocional), com 50 itens cada e avalia 12 categorias de sintomas: (1) obsessões de contaminação/compulsões de lavagem, (2) compulsões de verificação repetida, (3) dúvida/indecisão, (4) pensamentos intrusivos incontroláveis/rituais cobertos, (5) pensamento mágico, (6) lentidão/repetição, (7) necessidade de controlo, (8) necessidade de ordem/simetria, (9) compulsões de coleção/poupança, (10) obsessões/compulsões religiosas, (11) obsessões somáticas e (12) impulsos obsessivos/agressivos. Para responder a cada uma das escalas, é utilizada uma escala de tipo Likert de 5 pontos, que varia entre “0 – Nunca me acontece” ou “Não me perturba nada” a “4 – Acontece-me sempre” ou “Perturba-me muitíssimo”, consoante se trate da escala referente à frequência ou grau de perturbação emocional dos sintomas, respetivamente. O IOC apresenta uma consistência interna total muito boa ($\alpha = .97$), assim como a Escala IOC-Frequência ($\alpha = .93$) e a escala IOC-Perturbação Emocional ($\alpha = .96$) (Galhardo e Pinto-Gouveia, 2008).

Atendendo ao facto de se tratar de um instrumento muito longo (duas escalas com 50 itens cada) e, à semelhança do que tem acontecido com os outros instrumentos de avaliação para a POC anteriormente enunciados, entendemos ser uma mais-valia o estudo e validação de uma versão reduzida do IOC, que pela sua utilidade prática, permitirá, tanto aos profissionais clínicos como aos investigadores a realização de rastreios, avaliações e monitorizações de

tratamentos de forma mais célere, mas também minimizar o cansaço dos respondentes. Deste modo, o presente estudo visa alcançar uma versão reduzida do IOC, verificando se é possível, através da redução do número de itens, manter a sua capacidade de avaliar a heterogeneidade de sintomas inerentes à POC, assim como as suas propriedades psicométricas.

2. Materiais e Métodos

Este estudo obedece a duas etapas distintas. Na primeira procurou-se desenvolver uma versão reduzida do IOC (o IOC-R) recorrendo à amostra da versão original (Galhardo & Pinto-Gouveia, 2008). Uma vez alcançada a versão reduzida, numa amostra da população geral, serão analisadas a estrutura fatorial (Análise Fatorial Confirmatória) e as propriedades psicométricas do IOC-R.

Participantes

Etapas 1 – Desenvolvimento do IOC-R

Para o desenvolvimento do IOC-R foi utilizada a amostra de 672 sujeitos do estudo de Galhardo e Pinto-Gouveia (2008) que inclui 604 indivíduos da população geral, 34 indivíduos diagnosticados com POC e 34 indivíduos com diagnóstico de outras perturbações de ansiedade. A amostra da população geral é constituída por sujeitos com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, sem história psiquiátrica prévia. Informação mais detalhada relativamente à caracterização desta amostra encontra-se disponível em Galhardo e Pinto-Gouveia (2008).

Etapas 2 – Análise fatorial confirmatória e propriedades psicométricas do IOC-R

A amostra foi composta por 338 indivíduos da população geral (252 do sexo feminino e 86 do sexo masculino), tendo como critério de inclusão idade igual ou superior a 18 anos. Os participantes apresentaram idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos ($M = 26$; $DP = 10.09$). Relativamente aos anos de escolaridade, estes variam entre 4 e 23 anos ($M = 14$, $DP = 2.39$). No que diz respeito ao estado civil, cerca de 81% são solteiros, 15% casados ou em união de facto e 4% viúvos, divorciados ou separados de facto. A maior parte dos inquiridos são estudantes (cerca de 77%), cerca de 20% têm uma ocupação profissional, os restantes (cerca de 3%) estão desempregados, reformados ou encontram-se noutra situação. De salientar que aproximadamente 41% dos sujeitos, nalgum momento das suas vidas, já recebeu acompanhamento psicológico/psiquiátrico. A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos da amostra mais pormenorizadamente.

Tabela 1*Dados sociodemográficos (N = 338)*

Sexo	N	%
Feminino	252	74,6
Masculino	86	25,4
Idade		
18 - 24	233	68,9
25 - 40	69	20,4
41 - 60	30	8,9
60 – 70	6	1,8
Situação familiar		
Solteiro(a)	273	80,8
Casado(a)/União de facto	51	15,1
Divorciado(a)/Separação de facto	11	3,3
Viúvo(a)	3	0,9
Situação profissional		
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	31	9,2
Técnicos e profissões de nível intermédio	16	4,7
Trabalhadores qualificados da indústria, construções e artífices	5	1,5
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	3	0,9
Trabalhadores não qualificados	11	3,3
Estudante	260	76,9
Reformado	3	0,9
Desempregado	8	2,4
Outra situação	1	0,3
Acompanhamento psicológico ou psiquiátrico		
Sim	138	40,8
Não	200	59,2

Instrumentos

Etapa 1 – Desenvolvimento do IOC-R

No estudo original do IOC (Galhardo e Pinto-Gouveia, 2008), os indivíduos pertencentes aos grupos clínicos da amostra foram diagnosticados com recurso à *Anxiety Disorders Interview Schedule* for DSM-IV (ADIS-IV) (DiNardo, Brown, & Barlow, 1994). Para este estudo foram também utilizados instrumentos de autorresposta: *Padua Inventory* (Sanavio, 1988), *Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory* (Hodgson e Rachman, 1977), a versão revista da *Symptom Checklist* (SCL-90-R; Derogatis, 1977), *Beck Depression Inventory* (Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh, 1961) e *Stait-Trait Anxiety Inventory* (Spielberger, 1970). Informação mais detalhada relativamente aos instrumentos utilizados encontra-se disponível em Galhardo e Pinto-Gouveia (2008).

Etapa 2 – Análise fatorial confirmatória e propriedades psicométricas do IOC-R

Na presente investigação foram utilizados os seguintes instrumentos de autorresposta:

Questionário sociodemográfico. Este questionário visou recolher informação relativa aos participantes quanto à idade, sexo, estado civil, profissão, curso que frequentam, número de anos de escolaridade e uma questão relativa ao facto de já terem recebido ou não acompanhamento psicológico/psiquiátrico.

Inventário Obsessivo de Coimbra (IOC). O IOC (Galhardo e Pinto-Gouveia, 2008) é um instrumento de autorresposta, constituído por 50 itens, que avalia sintomas obsessivo-compulsivos quer no que respeita à sua frequência (Escala de Frequência – IOC-F) quer relativamente ao nível de perturbação emocional causada pelos mesmos (Escala de Perturbação Emocional – IOC-PE). Para responder a cada uma das escalas, é utilizada uma escala de 5 pontos. No IOC-F, os sujeitos avaliam a frequência de sintomas da seguinte forma: “0 – Nunca me acontece”, “1 – Acontece-me algumas vezes”, “2 – Acontece-me bastantes vezes”, “3 – Acontece-me muitas Vezes” e “4 – Acontece-me sempre”. No IOC-PE, os sujeitos avaliam o grau de perturbação emocional da seguinte forma: “0 – Não me perturba absolutamente nada”, “1 – Perturba-me um pouco”, “2 – Perturba-me bastante”, “3 – Perturba-me muito” e “4 – Perturba-me muitíssimo”. O IOC é constituído por 12 subescalas: 1 – Obsessões de contaminação/Compulsões de lavagem (itens 1 a 8); 2 – Compulsões de verificação repetida (itens 14, 15, 16, 21 e 40); 3 – Dúvida/Indecisão (itens 9, 10, 11, 12, 13 e 50); 4 – Pensamentos intrusivos incontroláveis/Rituais cobertos (itens 17, 27, 28, 29, 30 e 35); 5 – Pensamento mágico (itens 43, 44, 45 e 49); 6 – Lentidão/Repetição (itens 31, 32, 33, 34 e 36); 7 –

Necessidade de controlo (itens 42, 47 e 48); 8 – Necessidade de ordem/Simetria (itens 37 a 39); 9 – Compulsões de coleção/Poupança (itens 22 e 41); 10 – Obsessões/Compulsões religiosas (itens 23, 24 e 46); 11 – Obsessões somáticas (itens 25 e 26) e 12 – Impulsos obsessivos/agressivos (itens 18 a 20). O resultado de cada uma das 2 escalas (IOC-F e IOC-PE) obtém-se através da soma dos itens constituintes, em que a cotação mínima é de “0” e a máxima de “200”. Quanto ao ponto de corte, uma pontuação total de 126,5 permite a discriminação entre sujeitos com POC e controlos normais, enquanto uma pontuação de 125,5 possibilita a distinção entre sujeitos com POC e indivíduos com um diagnóstico de outras perturbações de ansiedade.

O IOC apresenta uma consistência interna total muito boa ($\alpha=.97$), assim como a Escala IOC-F ($\alpha=.93$) e a escala IOC-PE ($\alpha=.96$) (Galhardo e Pinto-Gouveia, 2008). Trata-se de uma medida psicométrica que revelou validade convergente, ou seja, constatarem-se correlações médias a elevadas com outras medidas obsessivo-compulsivas (Galhardo e Pinto-Gouveia, 2008).

Inventário de Padua (IP). O IP foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Galhardo e Pinto-Gouveia (1999), tendo sido a versão original – *Padua Inventory* - desenvolvida por Ezio Sanavio (1988). Trata-se de um instrumento de autorresposta constituído por 60 itens, que avalia a gravidade dos sintomas da POC através de quatro subescalas: 1 – controlo mental perturbado (17 itens: 11, 26-38, 43-44 e 59), 2 – contaminação (11 itens: 1-10 e 60), 3 – verificação (8 itens: 18-25) e 4 – perda do controlo sobre as ações (7 itens: 46-47, 49, 53-55 e 57). Para responder ao IP, é utilizada uma escala de Likert que pontua em 5 níveis: “0 – Nenhum”, “1 – Pouco”, “2 – Bastante”, “3 – Muito” e “4 – MUITÍSSIMO”. A consistência interna deste instrumento apresenta-se como muito boa ($\alpha=.90$) (Galhardo e Pinto-Gouveia, 1999).

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21). As EADS-21 foram adaptadas e aferidas para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), tendo por base a versão original *Depression Anxiety Stress Scales (DASS)* – constituída por 42 itens (Lovibond & Lovibond, 1995). A EADS-21 é um instrumento de autorresposta constituído por 21 itens e avalia três dimensões: depressão, ansiedade e *stress* em indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos. Cada uma das três escalas agrega 7 itens. A escala de Depressão (itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21) avalia conceitos como (item 3) anedonia, (item 5) inércia, (item 10) desânimo, (item 13) disforia, (item 16) falta de interesse/envolvimento, (item 17) auto depreciação e (item 21) desvalorização da vida. A escala de Ansiedade (itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20) compreende

parâmetros relativos à (itens 2, 4 e 19) excitação do sistema autónomo, (item 7) efeitos músculo esqueléticos, (item 9) ansiedade situacional e (itens 15 e 20) experiências subjetivas de ansiedade. A escala de *Stress* (itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18) incide em itens que dizem respeito (itens 1 e 12) à dificuldade em relaxar, (itens 6 e 11) irritável/reacção exagerada, (item 8) excitação nervosa, (item 14) impaciência e (item 18) facilmente chateado/agitado. Cada item é constituído por uma afirmação que remete para sintomas emocionais negativos, sendo solicitado a cada sujeito que, tendo em conta a semana anterior, responda numa escala de Likert de 4 pontos de frequência (“0 - Não se aplicou nada a mim”, “1 - Aplicou-se a mim algumas vezes”, “2 - Aplicou-se a mim muitas vezes” e “3 - Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”, quanto se lhe aplica cada afirmação. O resultado de cada uma das 3 escalas (Depressão, Ansiedade e Stress) obtém-se através da soma dos itens constituintes, em que a cotação mínima é de “0” e a máxima de “21”. Tratando-se de uma avaliação de sintomas dimensional (e não categorial), pontuações mais elevadas corresponderão a estados afetivos mais negativos. As Escalas de Depressão e de *Stress* apresentam uma consistência interna boa ($\alpha = .85$ e $.81$, respetivamente) e a Escala de Ansiedade ($\alpha = .74$) uma consistência interna adequada (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Procedimentos

O processo de investigação teve início com a redação do documento dirigido aos participantes com informação sobre o estudo e respetivo consentimento informado (Anexo 1), bem como a elaboração do questionário sociodemográfico (Anexo 2). Para além destes dois documentos, reunimos os três instrumentos de avaliação que dariam suporte ao estudo: o Inventário Obsessivo de Coimbra – IOC (Galhardo & Pinto-Gouveia, 2008) (Anexo 3), o Inventário de Pádua - IP (Sanavio, 1988), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Galhardo e Pinto-Gouveia (1999) (Anexo 4) e as Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress* – EADS-21 (Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004) (Anexo 5). Foram solicitadas e obtidas as devidas autorizações aos autores dos referidos instrumentos. A recolha da amostra foi realizada por recurso a dois formatos: (1) recrutamento por “bola de neve” através da divulgação do estudo através da rede social *Facebook* e de *e-mail*. Previamente, os documentos referidos anteriormente e os instrumentos de avaliação foram transcritos para a plataforma eletrónica *Google Docs* e, depois, disponibilizados *online*. As respostas eram anónimas e automaticamente registadas nesta plataforma, sendo este documento posteriormente convertido para uma base de dados do programa estatístico *IBM SPSS Statistics 24*; (2) recrutamento

presencial efetuado pela investigadora, em contexto de sala de aula, junto de estudantes a frequentar os diversos cursos ministrados no Instituto Superior Miguel Torga (ISMT). Antecipadamente foi solicitada a apreciação do projeto de investigação pela Comissão de Ética do Departamento de Investigação & Desenvolvimento do ISMT, tendo este merecido parecer positivo (Anexo 6). Recolhidas as respostas em formato papel e lápis, foram, de seguida, inseridas na base de dados do *IBM SPSS Statistics 24*, tendo sido através deste programa que os resultados foram analisados.

A versão reduzida do IOC (Galhardo & Pinto-Gouveia, 2008) foi alcançada por duas vias: (1) dado que o IOC engloba 50 itens que são respondidos num primeiro momento em relação à frequência com que cada situação descrita no item ocorre (escala de frequência) e, num segundo momento, em relação ao grau de perturbação emocional associado a cada item (escala de perturbação emocional), foi explorada a possibilidade de eliminar uma das escalas; e (2) na escala mantida, procedeu-se à eliminação de itens atendendo aos critérios enunciados no ponto seguinte. Para o segundo procedimento foi considerada apenas a amostra relativa à população geral do estudo original – 604 indivíduos (Galhardo & Pinto-Gouveia, 2008).

Alcançada a versão IOC-R, analisou-se a estrutura fatorial confirmatória (AFC) e as propriedades psicométricas numa nova amostra (amostra da população geral).

Numa primeira etapa realizou-se a análise fatorial confirmatória do IOC-R com recurso ao programa *IBM SPSS Amos 24* e, posteriormente foram avaliadas as propriedades psicométricas deste instrumento.

Análise estatística

Para a análise estatística foram utilizados os programas *IBM SPSS Statistics 24* e *IBM SPSS Amos 24*. Atendendo à diversidade de procedimentos estatísticos associados a cada uma das etapas de desenvolvimento do IOC-R e estudo da sua estrutura fatorial e propriedades psicométricas, estes encontram-se descritos à medida que vão sendo apresentados os respetivos resultados.

3. Resultados

Em primeiro lugar, começámos por explorar a possibilidade de eliminar uma das escalas. Os resultados do teste Kolmogorov-Smirnov para os totais de ambas as escalas, escala de frequência e escala de perturbação emocional ($p = 0.001$) indicam que a amostra não segue uma distribuição normal. Deste modo, usámos uma medida não paramétrica (teste Rho de Spearman) para analisar a existência de correlação entre as duas escalas. De acordo com os

resultados ($r_s = .87$), podemos afirmar que existe uma forte correlação entre ambas (Cohen, 1988), tendo prosseguido para a análise de qual das escalas permaneceria.

Para decidir qual a escala a ser mantida (escala de frequência ou de perturbação emocional), examinámos o tamanho do efeito (d de Cohen) entre grupos relativamente aos totais de ambas as escalas usando a seguinte fórmula: o quociente da diferença entre a média dos indivíduos com um diagnóstico de POC e a média dos indivíduos sem este diagnóstico e respetivo desvio padrão (Cohen, 1988). O tamanho do efeito da escala de frequência ($d = 2.09$) apresentou-se superior ao da escala de perturbação emocional ($d = 2.07$), porém tratou-se de uma diferença residual. Deste modo, optámos por manter como foco do nosso trabalho a escala de perturbação emocional para desenvolver o IOC-R, dado que no estudo original (Galhardo & Pinto-Gouveia, 2008), de acordo os resultados obtidos através da análise das curvas ROC, esta subescala permitiu uma maior percentagem de identificação de indivíduos com um diagnóstico de POC (94.1%) e apresentou pontos de corte mais baixos (61.5), sugerindo tratar-se de uma dimensão mais importante do ponto de vista clínico (Galhardo e Pinto-Gouveia, 2008).

De seguida avançámos com os procedimentos para redução de itens. A eliminação de itens foi realizada de acordo com os seguintes critérios: (1) valor de Alpha de Cronbach se item excluído, (2) correlação item-restante (se correlações inferiores a .40) e (3) análise fatorial: análise de componentes principais (ACP) com rotação promax.

Através do primeiro critério, valor de Alpha de Cronbach se item excluído não foram eliminados itens, dado que os valores de α por item apresentados, arredondados, equivalem ao valor do α total = .96, ou seja, a consistência interna da escala não aumentaria.

De acordo com o segundo critério, correlação item-restante (se correlações inferiores a .40), foram eliminados quatro itens “1. *Sinto que as minhas mãos ficam sujas quando toco em dinheiro*”, “18. *Quando estou numa ponte ou numa janela muito alta e olho para baixo, sinto um impulso para me atirar*”, “19. *Fico aborrecido e preocupado quando vejo facas, enxadas ou objetos afiados*” e “*Gosto que a mobília e a decoração estejam sempre exatamente no mesmo sítio*”.

Excluídos estes quatro itens, recorremos à análise fatorial e efetuámos uma ACP com rotação promax, dado que as subescalas estavam significativamente correlacionadas entre si (valores de correlação entre $r_s = .23$ e $r_s = .68$, $p < 0.01$).

O estudo da solução inicial forneceu indicação para a retenção de nove componentes com *eigenvalues* superiores a 1, explicando 61% da variância. Nesta fase foram eliminados os itens que na matriz padrão apresentassem valores inferiores a .40 e/ou que saturassem em mais que

um fator. Deste modo, foram excluídos nove itens “12. *Tenho medo de me ter esquecido de alguma coisa e preciso sempre de lembrar a mim próprio o que fiz*”, “25. *Penso que posso ter alguma doença que os médicos não diagnosticaram e sinto necessidade de vigiar certas partes do corpo para me certificar*”, “26. *Procuro certificar-me que o meu cérebro está a funcionar bem e que me lembro das coisas*”, “28. *Há palavras que me vêm à cabeça sem eu querer*”, “29. *Penso que posso causar mal a mim próprio ou aos outros e este pensamento ocorre sem razão*”, “34. *Quando leio, tenho a impressão que me falhou alguma coisa importante e tenho que voltar atrás e reler essa passagem pelo menos duas ou três vezes*”, “36. *Tenho que fazer as coisas repetidamente, um certo número de vezes, antes que me pareçam suficientemente bem-feitas*”, “42. *Acontece-me sentir uma necessidade interior para fazer certas coisas, apesar de racionalmente achar que não é necessário*” e “44. *Acontece-me ter que contar as coisas várias vezes ou fazer contagens mentalmente*”.

De seguida, tendo analisado o ponto de inflexão do *scree plot* que sugeria uma solução de cinco componentes, realizámos uma análise fatorial forçada a cinco fatores, que explicam 53% da variância. Observando a matriz padrão foram eliminados sete itens (valores inferiores a .40 e/ou que saturassem em mais que um fator): “20. *Penso que poderei magoar ou ferir alguém, ou mesmo matar, sem querer*”, “21. *Sinto que tenho que repetir as coisas como ligar e desligar, vestir e despir, abrir e fechar portas, sentar e levantar, entre outras, por forma a prevenir um desastre*”, “37. *Sinto-me obrigado a seguir uma determinada ordem ao vestir-me, despir-me e lavar-me*”, “39. *Tenho que me submeter a horários rígidos ou rotinas para fazer tarefas comuns*”, “46. *Quando me vêm certos pensamentos/imagens à cabeça, tenho que rezar para os eliminar ou neutralizar/anular*”, “47. *Fico aborrecido/perturbado se não posso fazer o meu trabalho a horas certas ou segundo uma determinada ordem*” e “48. *Quando me vem à cabeça um pensamento ou uma dúvida, tenho que o examinar de todos os pontos de vista e não posso parar até o ter feito*”.

Concluídos os procedimentos anteriores, a escala (originalmente com doze fatores, num total de 50 itens) apresenta, neste momento, cinco fatores constituídos por 30 itens (v. Apêndice A). Decidimos, então, desenvolver a versão reduzida do Inventário Obsessivo de Coimbra (OCI-R) selecionando por subescala os três itens que apresentassem maior carga fatorial. A adoção deste critério teve por base as recomendações de Hinkin (1995) que afirma que a consistência interna adequada pode ser obtida apenas com três itens, tendo sido também um critério observado no estudo de Foa e colaboradores (2002).

Para além destes itens foram conservados outros em virtude da sua relevância clínica, ou seja, por descreverem conteúdos muito frequentes na POC; assim, no Fator 1 permaneceram os itens

“8. Tenho que limpar ou lavar as coisas várias vezes para me certificar que estão mesmo limpas” e “3. Preocupo-me excessivamente com germes e com doenças”, no Fator 2 “13. Coloco a mim próprio questões ou tenho dúvidas acerca de muitas das coisas que faço” e, no Fator 3, “14. Acontece-me ter que verificar várias vezes se fiz bem as coisas (por exemplo: se fechei o gás, a água, as portas, as luzes, etc.)”.

De acordo com os critérios de seleção, apresentamos a versão reduzida final do Inventário Obsessivo de Coimbra (IOC-R) constituída por cinco fatores, num total de 19 itens: (1) Contaminação/Lavagem, (2) Indecisão/Lentidão, (3) Verificação repetida/Acumulação, (4) Conteúdos imorais e (5) Pensamento mágico (v. Tabela 2).

Para o estudo da análise fatorial confirmatória do IOC-R foi utilizado o programa *IBM SPSS Amos 24*, em conformidade com o descrito em Marôco (2010). Neste sentido pretendeu-se verificar o peso fatorial dos itens, assim como o ajustamento dos dados ao modelo de cinco fatores do IOC-R, numa amostra de 338 sujeitos da população geral. Os pesos fatoriais variaram entre .58 e .89. Dado que todos foram superiores a .50, considera-se que todos os itens apresentam fiabilidade individual. Quanto à qualidade de ajustamento do modelo foi avaliada tendo em conta os seguintes indicadores: qui-quadrado normalizado (χ^2/gl), *Comparative Fit Index* (CFI), *Goodness of Fit Index* (GFI), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) e *Modified Expected Cross-Validation Index* (MECVI). Assim, o modelo revelou uma qualidade de ajustamento sofrível ($\chi^2/\text{gl} = 2.82$; CFI = 0.924; GFI = 0.889; RMSEA = 0.074; MECVI = 1.493). De seguida, verificámos a existência de *outliers* através do quadrado das distâncias de Mahalanobis (DM^2), que revelaram a existência de várias observações *outliers*, como tal, procedeu-se à remoção das quatro observações com maior DM^2 (observações 153, 72, 165 e 68). Para além da remoção dos *outliers* enunciados, procedemos à reespecificação do modelo definindo a trajetória sugerida pelo índice de modificação relativa à correlação entre os erros de medida do item 22 e do item 41.

O modelo de análise fatorial do IOC-R, após a retirada dos *outliers* e redefinida aquela trajetória obteve uma qualidade de ajustamento superior, evidenciando os seguintes valores nos indicadores de ajustamento considerados: CFI = 0.937; GFI = 0.901; RMSEA = 0.067; MECVI = 1.374), os quais são indicadores de um bom ajustamento de acordo com Marôco (2010).

Apenas o índice do ajustamento do qui-quadrado normalizado apresentou um valor sofrível ($\chi^2/\text{gl} = 2.51$). A análise fatorial confirmatória permitiu a apresentação da versão final do IOC-R (Apêndice B).

Tabela 2

Versão reduzida do Inventário Obsessivo de Coimbra (IOC-R): Distribuição dos itens pelos cinco fatores, peso fatorial e comunalidades

Item	Peso fatorial	Comunalidades
<i>Contaminação/Lavagem</i>		
2. Tenho a impressão que se um objeto for tocado ou usado por outra pessoa, fica sujo	.74	.50
3. Preocupo-me excessivamente com germes e com doenças	.63	.49
6. Lavo as minhas mãos mais vezes e durante mais tempo que a maioria das pessoas	.72	.53
7. Tenho que me lavar assim que penso em sujidade ou contaminação	.77	.64
8. Tenho que limpar ou lavar as coisas várias vezes para me certificar que estão mesmo limpas	.67	.63
<i>Indecisão/Lentidão</i>		
10. Tenho a impressão de que nunca serei capaz de explicar as coisas de uma forma clara, especialmente quando falo de questões importantes que me envolvem	.87	.62
13. Coloco a mim próprio questões ou tenho dúvidas acerca de muitas coisas que faço	.47	.57
31. Acontece-me atrasar-me por não me despachar das coisas a tempo	.73	.47
50. É-me difícil tomar decisões, mesmo em assuntos sem importância	.87	.61
<i>Verificação repetida/Acumulação</i>		
14. Acontece-me ter que verificar várias vezes se fiz bem as coisas (por exemplo: se fechei o gás, a água, as portas, as luzes, etc.)	.78	.65
15. Verifico impressos, documentos, cheques, cartas, etc. detalhadamente, para me certificar de que os preenchi corretamente	.86	.64
22. Tenho tendência para guardar os mais variados objetos pois penso que um dia poderão ser-me úteis	.85	.60
41. Tenho dificuldade em deitar coisas fora	.79	.53
<i>Conteúdos imorais</i>		
17. Vêm-me pensamentos ou imagens desagradáveis ou obscenos à cabeça, contra minha vontade e não consigo ver-me livre deles	.86	.65
23. Tenho receio de estar a cometer algum pecado ou sacrilégio	.69	.56
24. Vêm-me à cabeça pensamentos ou imagens de pecado e do Inferno	.77	.53
<i>Pensamento mágico</i>		
43. Sinto que tenho que repetir certos números para evitar que algo de mau aconteça	.72	.70
45. Tenho que dizer ou fazer contagens para prevenir a ocorrência de desastres	.68	.66
49. Alguns números ou objetos são extremamente azarentos	.76	.59

Para apurar as propriedades psicométricas do IOC-R, houve inicialmente necessidade de verificar se a amostra de 338 indivíduos da população geral apresentava uma distribuição normal. O teste *Kolmogorov-Smirnov* dos totais de todas as medidas: IOC, IP e EADS-21, ($p = 0.001$) indicou que a amostra não segue uma distribuição normal. Deste modo, sempre que indicado, foram utilizados testes estatísticos não paramétricos.

Relativamente à fidedignidade do IOC-R, a escala global apresentou um coeficiente *Alpha de Cronbach* de .93. O valor do *Alpha de Cronbach* das cinco subescalas variou entre .70 e .88. Os valores referentes à consistência interna da escala total do IOC-R e das suas subescalas estão indicados na Tabela 3. De acordo com os critérios de Nunnally (1978), o valor apresentado para a escala total é excelente. No que diz respeito às subescalas, os Fatores 1, 2 e 5 apresentam uma boa consistência interna e os Fatores 3 e 4, apresentam valores aceitáveis.

Tabela 3

Consistência interna do IOC-R total e das cinco subescalas

	<i>Alpha de Cronbach</i>
IOC-R total	.93
Fator 1 – Contaminação/Lavagem	.88
Fator 2 – Indecisão/Lentidão	.84
Fator 3 – Verificação repetida/Acumulação	.76
Fator 4 – Conteúdos imorais	.70
Fator 5 – Pensamento mágico	.84

Adicionalmente, e dado que alguns autores questionam a utilização do *Alpha* de Cronbach enquanto medida da consistência interna de um instrumento (Marôco e Garcia-Marques, 2006), procedemos ao cálculo da fiabilidade compósita para o IOC-R total, cujo valor obtido foi .97, o que corrobora os valores do *Alpha* de Cronbach, apresentando esta medida uma consistência interna excelente.

Paralelamente ao estudo dos valores de consistência interna, procedeu-se ao cálculo da associação entre o IOC e o IOC-R, tendo-se observado um valor de $r_s = .97$, ou seja, o IOC e o IOC-R apresentam entre si uma correlação muito elevada.

Após um intervalo de cerca de seis semanas, 23 sujeitos da amostra repetiram o preenchimento dos questionários. A fidedignidade teste-reteste foi analisada através do cálculo das correlações de Spearman para o IOC-R total e para as cinco subescalas. Os resultados indicaram uma fidedignidade teste-reteste moderada para o IOC-R total ($r_s = .66$) e para as subescalas os

coeficientes da correlação de Spearman variaram entre .22 e .71, apresentando correlações fracas a fortes (v. Tabela 4).

Por fim, procedemos ao estudo da validade convergente e divergente do IOC-R, realizado através do cálculo das correlações de Spearman entre o IOC-R e as demais medidas utilizadas. Para a validade convergente foi apurada recorrendo aos coeficientes de correlação entre os totais do IOC-R e do IP, sendo que ambas as medidas avaliam sintomatologia obsessivo-compulsiva. O resultado ($r_s = .75$) indica existir uma forte correlação entre as duas medidas. No que diz respeito à validade divergente, explorada através das correlações entre o total do IOC-R e das três escalas da EADS-21 (Ansiedade, Depressão e *Stress*), os resultados apresentaram uma correlação moderada ($r_s = .44, .46$ e $.49$, respetivamente), sendo esta inferior à encontrada entre o IOC-R e o IP.

Tabela 4

Consistência temporal (teste-reteste) do IOC-R total e das cinco subescalas

	<i>Coeficientes de correlação Rho de Spearman</i>
IOC-R total	.66
Fator 1 – Contaminação/Lavagem	.71
Fator 2 – Indecisão/Lentidão	.60
Fator 3 – Verificação repetida/Acumulação	.36
Fator 4 – Conteúdos imorais	.54
Fator 5 – Pensamento mágico	.22

Adicionalmente procurou-se examinar a existência de diferenças entre os sexos relativamente ao total do IOC-R. A realização do teste Mann-Whitney para amostras independentes revelou não existirem diferenças significativas entre homens e mulheres no que diz respeito à pontuação total do IOC-R ($U = 10417$; $p = .914$). Paralelamente foram ainda exploradas as associações entre o IOC-R e variáveis sociodemográficas contínuas, como a idade e os anos de escolaridade dos participantes. Esta análise mostrou que o IOC-R se correlaciona negativamente com a idade ($r_s = -.20$; $p < .001$) e com os anos de escolaridade ($r_s = -.25$; $p < .001$).

4. Discussão

Tanto em contexto clínico como em investigação, tem-se mostrado uma mais-valia o desenvolvimento de versões reduzidas de instrumentos de avaliação psicológica que, no entanto, mantenham propriedades psicométricas sólidas. Com efeito, escalas com um número elevado de itens podem provocar cansaço nos respondentes ou enviesamento de respostas e, para além disso, a sua administração é mais morosa (Hinkin, 1995). Assim, este estudo teve como objetivo o desenvolvimento e validação de uma versão reduzida do IOC (IOC-R), quer através da eliminação da escala de frequência, que se mostrava redundante, quer através da eliminação de itens, conservando, tanto as suas características psicométricas, como a sua capacidade de avaliar diferentes dimensões da sintomatologia associada à POC.

Assim, o IOC-R é constituído por 19 itens, distribuídos por cinco subescalas: (1) Contaminação/Lavagem, (2) Indecisão/Lentidão, (3) Verificação repetida/Acumulação, (4) Conteúdos imorais e (5) Pensamento mágico. Comparativamente com a escala original, podemos verificar que o Fator 1 “Contaminação/Lavagem” reproduz a subescala original “*Obsessões de contaminação/Compulsões de lavagem*”, assim como o Fator 5 “Pensamento mágico”. O Fator 2 “Indecisão/Lentidão” integra duas subescalas do estudo original “*Dúvida/Indecisão*” e “*Lentidão/Repetição*”, o Fator 3 “Verificação repetida/Acumulação” integra duas subescalas “*Compulsões de verificação repetida*” e “*Compulsões de coleção/poupança*” e o Fator 4 “Conteúdos imorais” também integra duas subescalas “*Pensamentos intrusivos incontroláveis/rituais cobertos*” e “*Obsessões/Compulsões religiosas*”. As subescalas “*Necessidade de controlo*”, “*Necessidade de ordem/Simetria*”, “*Obsessões somáticas*” e “*Impulsos obsessivos/agressivos*” referidas no estudo original (Galhardo e Pinto-Gouveia, 2008) não foram reproduzidas através da análise fatorial para o IOC-R. Atendendo às dimensões encontradas, poder-se-á considerar que o IOC-R continua a avaliar as dimensões mais comuns da POC, de acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). Mais precisamente, este instrumento permite a avaliação de obsessões de contaminação e compulsões de limpeza, compulsões de repetição e de acumulação e pensamentos proibidos. Efetivamente a análise da estrutura fatorial, através de análise fatorial confirmatória, demonstrou que o modelo proposto de cinco fatores apresenta um bom ajustamento entre os dados e o modelo teórico.

É igualmente de realçar a quase perfeita associação entre as versões longa (IOC) e reduzida (IOC-R), o que parece refletir que uma medida mais breve é igualmente capaz de avaliar a complexidade das diferentes dimensões da sintomatologia obsessivo-compulsiva.

Foi explorada a existência de diferenças entre sexos relativamente ao total do IOC-R, sendo que, quanto à amostra do nosso estudo, não se verifica existirem diferenças significativas. Este resultado dista do referencial teórico no que diz respeito à POC, dado que, em idade adulta, há tendência para taxas de prevalência ligeiramente superiores nos indivíduos do sexo feminino (American Psychiatric Association, 2014).

O IOC-R mostrou possuir excelentes qualidades psicométricas, semelhantes às do instrumento original. A consistência interna da escala total foi excelente. Todas as subescalas apresentaram uma consistência interna boa, com exceção para as dimensões “Verificação repetida/Acumulação” e “Conteúdos imorais” que se mantiveram com qualidade razoável. Em termos de validade, o IOC-R apresenta uma forte correlação com o IP, dado que ambas as medidas avaliam o mesmo constructo, sendo o coeficiente de correlação mais elevado comparativamente com a EADS-21, cuja correlação é moderada. O mesmo não aconteceu relativamente à estabilidade temporal do instrumento (teste-reteste), que no IOC-R apresenta uma correlação apenas moderada. No que respeita a este último resultado, poderá ter contribuído o número reduzido de sujeitos que responderam ao reteste ($N = 23$, de uma amostra total de 338 indivíduos).

Na generalidade, os resultados obtidos assemelham-se aos encontrados para outras versões reduzidas de instrumentos que avaliam as manifestações obsessivo-compulsivas. Por exemplo, tal como na versão reduzida do Inventário Obsessivo de Coimbra (IOC-R), outros estudos levados a cabo com o intuito de desenvolver versões reduzidas de instrumentos já existentes no âmbito da avaliação de sintomatologia obsessivo-compulsiva, constatou-se que as versões breves mantêm boas propriedades psicométricas, nomeadamente quanto à sua consistência interna, quer no valor da escala total, quer das subescalas. Deste modo, apresentamos alguns exemplos: o *Obsessive-Compulsive Inventory – Revised* (OCI-R) apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .90$), não só no estudo original (Foa et al., 2002), mas também em estudos posteriores, $\alpha \geq .85$ (Fullana et al., 2005; Hajcak et al., 2004; Mojsa-Kaja et al., 2016). As seis subescalas do OCI-R (Foa et al., 2002) apresentam uma boa consistência interna ($\alpha \geq .83$), sendo que estudos posteriores as subescalas apresentam, na generalidade, valores razoáveis a bons (Fullana et al., 2005; Hajcak et al., 2004; Mojsa-Kaja et al., 2016); no *Padua Inventory – Palatine Revision* (PI-PR; Gonner et al., 2010a) encontram-se valores de consistência interna para o PI-PR total das duas amostras entre bons a muito bons ($\alpha \geq .87$) e para as seis subescalas a oscilarem entre razoáveis a muito bons ($\alpha \geq .78$); e o *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory – Revised* (VOCI-R; Gonner et al., 2010b) reporta uma boa

consistência interna para VOCI-R total ($\alpha = .90$), variando esta entre boa a muito boa para as cinco subescalas ($\alpha \geq .82$).

Os resultados apresentados neste estudo devem ser analisados tendo em conta algumas limitações metodológicas. Apesar de o tamanho da amostra ser adequado, esta integra fundamentalmente indivíduos com um nível de escolaridade elevado, pelo que os dados deverão, no futuro, ser analisados em amostras com outros níveis de escolaridade. Por outro lado, será igualmente relevante o seu estudo em amostras clínicas, para, por exemplo, explorar a sua sensibilidade à mudança em função de intervenções terapêuticas destinadas à redução da sintomatologia obsessivo-compulsiva. De acrescentar ainda o tamanho reduzido da amostra que respondeu ao reteste, devendo a fidedignidade temporal deste instrumento ser alvo de análise em estudos futuros.

Em síntese, o OCI-R apresenta-se como um instrumento para a avaliação da sintomatologia obsessivo-compulsiva cuja estrutura fatorial revelou um bom ajustamento, com boas propriedades psicométricas e que, comparativamente com a versão original (versão longa), integra a vantagem de poder ser administrado num intervalo de tempo mais reduzido e com decréscimo do cansaço dos respondentes, podendo ser mais facilmente utilizado, quer num contexto de avaliação e intervenção clínica. De mencionar ainda poder constituir um contributo para a investigação, podendo em virtude da sua administração mais rápida, ser integrado em baterias e, simultaneamente, potenciar o envolvimento dos participantes.

5. Bibliografia

- Akhtar, S., Wig, N. N., Varma, V. K., Pershad, D. e Verma, S. K. (1975). A phenomenological analysis of symptoms in obsessive compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 127(10), 342–348.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Angelakis, I., Gooding, P., Tarrier, N. e Panagioti, M. (2015). Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 39, 1–15.

- Baer, L. (1991). *Getting control: Overcoming your obsessions and compulsions*. Boston: Little Brown & Co.
- Benito, K. e Storch, E. A. (2011). Assessment of obsessive-compulsive disorder : Review and future directions, *11*(2), 287–298.
- Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C. e Leckman, J. F. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *165*(12), 1532–1542.
- Burns, G. L., Keortge, S. G., Formea, G. M. e Sternberger, L. G. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, *34*(2), 163–173.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, New Jersey: L. Erlbaum Associates.
- Dell 'Osso, B., Benatti, B., Arici, C., Palazzo, C., Altamura, A. C., Hollander, E., ... Zohar, J. (2017). Prevalence of suicide attempt and clinical characteristics of suicide attempters with obsessive-compulsive disorder: a report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS), 1–8.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A. e Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. New York: Graywind Publications.
- Eisen, J. L., Mancebo, M. A., Pinto, A., Coles, M. E., Pagano, M. E., Stout, R. e Rasmussen, S. A. (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, *47*(4), 270–275.
- Federici, A., Summerfeldt, L. J., Harrington, J. L., McCabe, R. E., Purdon, C. L., Rowa, K. e Antony Martin M., M. M. (2010). Consistency between self-report and clinician-administered versions of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*(7), 729–733.
- Fineberg, N. a, Hengartner, M. P., Bergbaum, C. E., Gale, T. M., Gamma, A., Ajdacic-Gross, V., ... Angst, J. (2013). A prospective population-based cohort study of the prevalence, incidence and impact of obsessive-compulsive symptomatology. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *17*(3), 170–8.

- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. e Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485–495.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E. e Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10(3), 206–214.
- Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andi6n, 6., Torrubia, R. e Matix-Cols, D. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory - Revised in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(8), 893–903.
- Fullana, M. A., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., de Graaf, R., Demyttenaere, K., ... Alonso, J. (2010). Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: Results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders*, 124(3), 291–299.
- Galhardo, A. e Pinto-Gouveia, J. (2008). Invent6rio obsessivo de Coimbra: Avalia66o de obsess66es e compuls66es. *Psychologica*, 48, 101–124.
- Galhardo, A. e Pinto-Gouveia, J. (1999). Invent6rio de P6dua (Vers6o portuguesa autorizada). N6o publicado.
- Gonner, S., Ecker, W. e Leonhart, R. (2010a). The Padua Inventory: Do Revisions Need Revision? *Assessment*, 17(1), 89–106.
- Gonner, S., Ecker, W., Leonhart, R. e Limbacher, K. (2010b). Multidimensional Assessment of OCD: Integration and Revision of the Vancouver Obsessional-Compulsive Inventory and the Symmetry Ordering and Arranging Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 739–757.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*.
- Hajcak, G., Huppert, J. D., Simons, R. F. e Foa, E. B. (2004). Psychometric properties of the OCI-R in a college sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42(1), 115–123.
- Hinkin, T. R. (1995). A review of scale development practises in the study of organisations.

Journal of Management, 21(5), 967–988.

- Hodgson, R. J., e Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 389–395. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90042-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0)
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B. e Burnam, M. a. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1094–9.
- Kramer, H. e Sprenger, J. (1487). *The Malleus Maleficarum*. (W. Lovelace & C. Rice, Eds.). New York: Dover Publications.
- Lovibond, P. F. e Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Marôco, J. e Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach ? Questões antigas e soluções modernas ? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65–90.
- Mataix-Cols, D., Pertusa, A. e Leckman, J. F. (2007). Issues for DSM-V: How should obsessive-compulsive and related disorders be classified? *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1313–1314.
- Menchon, J. M. (2012). Assessment and treatment. In J. Zohar (Ed.), *Obsessive compulsive disorder: Current science and clinical practice* (1ª Edição, pp. 3–30). New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Mojsa-Kaja, J., Golonka, K. e Gawłowska, M. (2016). Preliminary analyses of psychometric characteristics of the Polish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) in a non-clinical sample. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 29(6), 1011–1021.
- Mota, D., Silva, J. T., Gonçalves, M. e Macedo, A. de F. (2016). Introdução e evolução histórica. In *Perturbação obsessivo-compulsiva: O insustentável peso da dúvida* (pp. 1–16). Lisboa: Lidel.

- Murray, C. J. L. e Lopez, A. D. (1996). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from deceases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2010. *Harvard University Press*, 1, 1–35. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-863>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill Inc.
- Overduin, M. K. e Furnham, A. (2012). Assessing obsessive-compulsive disorder (OCD): A review of self-report measures. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(4), 312–324.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. e Leal, I. (2004). Contribuição Para O Estudo Da Adaptação Portuguesa Das Escalas De Ansiedade , Depressão E Stress (Eads) De 21 Itens De Lovibond E Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.
- Roberts, J. (2007). *Oxford dictionary of the classical world*. Oxford: Oxford University Press.
- Rosario-Campos, M. C., Miguel, E. C., Quatrano, S., Chacon, P., Ferrao, Y., Findley, D., ... Leckman, J. F. (2006). The dimensional Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive–compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry*, 11, 495–504.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., Kessler, R. C., Mattar, L., Thiébaud, M. R., ... Godart, N. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychiatry Research*, 15(2–3), 513–517.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26(2), 169–177. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(88\)90116-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(88)90116-7)
- Silva, P. e Rachman, S. (2004). *Obsessive-compulsive disorder: The facts* (3ª Edição). Oxford: Oxford University Press.
- Steketee, G., Frost, R. e Bogart, K. (1996). The YALE-BROWN obsessive compulsive scale: Interview versus self-report. *Behaviour Research and Therapy*, 34(8), 675–684.
- Subramaniam, M., Abidin, E., Vaingankar, J. A. e Chong, S. A. (2012). Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, correlates, help-seeking and quality of life in a multiracial Asian

- population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(12), 2035–2043.
- Summerfeldt, L. J., Richter, M. A., Antony, M. M. e Swinson, R. P. (1999). Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 297–311.
- Teofrasto. (2014). *Caracteres*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C. N. e Ralph Hakstian, A. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), 1289–1314.
- Trimpi, H. P. (1973). Demonology. In *Dictionary of the History of Ideas* (pp. 667–670).
- Van Oppen, P., Hoekstra, R. J. e Emmelkamp, P. M. G. (1995). The structure of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33(1), 15–23.
- Wu, K. D., Watson, D. e Clark, L. A. (2007). A self-report version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Symptom Checklist: Psychometric properties of factor-based scales in three samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(5), 644–661.